	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: MV B 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MAYO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Diana Carolina Jimenez muñoz

DIRECCIÓN: cll 24 #28-25 TELÉFONO: 3210870780

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
23/08/21	9:00 Am	DIANA Jimenez
24/08/21	9:00 Am	DIANA Jimenez
25/08/21	9:00 Am	DIANA Jimenez
26/08/21	7:00 Am	DIANA Jimenez
27/08/21	7:00 Am	DIANA Jimenez
28/08/21	7:00 Am	DIANA Jimenez
30/08/21	7:00 Am	DIANA Jimenez
31/08/21	7:00 Am	DIANA Jimenez

DIANA CAROLINA JIMENEZ MUÑOZ

CC: 1070981968



HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, martes, 31 de agosto de 2021 15:04:50

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.070.981.968

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	DIANA CAROLINA JIMENEZ MUÑOZ
Identificación	CC 1.070.981.968 Edad: 24 años, 6 meses y 18 días
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) Jueves, 13 de febrero de 1997
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 24 N 28-25 Teléfono: 3210870780
Ocupación	NO REFIERE
Responsable	OLGA MUÑOZ Parentesco: MAMA Teléfono: 3210870780
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS 005 - EPS SANITAS S.A Tipo afiliación: PARTICULAR

Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) Género: Femenino

FECHA CONSULTA: lunes, 23 de agosto de 2021 2:47:33 p. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 18 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere

HOSPITALARIOS: No refiere

QUIRURGICOS: No refiere

TRAUMATICOS: No refiere

TOXICO ALERGICOS: No refiere

FARMACOLOGICOS: No refiere

PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quie inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía, refiere " Mi mamá sufrió de preeclampsia y me operaron a los 6 meses de cráneo abierto "

DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de craneosinostosis, con un tiempo de evolución de 24 años

OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales en sedente corto y en compañía de familiares

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta

DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR

ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: CONSERVADA Espacio: CONSERVADA

NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA

PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA

Comunicación: CONSERVADA Lateralidad:

SISTEMA SENSITIVO:

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA

SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA

SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA

SISTEMA MOTOR

Tono: presenta variación Observación: presenta variación Palpación: presenta variación Movimiento: limitado en MMSS derecho y miembros inferiores

CONTRACTURAS: miembro superior derecho y miembros inferiores DEFORMIDADES: articulacion de mano y pies de forma bilateral

VALORACION FUNCIONAL

DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: MALO Rodilla: MALO Cuello de pie: MALO

IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: MALO Rodilla: MALO Cuello de pie: MALO

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)

Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Sedente a cuadrúpedo: NO ADOPTA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bipedo: NO ADOPTA

ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA

MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO

TRASLADOS: Independiente: SI Ayuda externa: SI Marcha: NO

COORDINACION: Fina (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): MALA

EQUILIBRIO DINAMICO: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO

TROFISMO: No evaluado

MARCHA

Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: No Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: No Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TROFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECANICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de craneosinostosis, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha, locomoción y balance,
lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q750-CRANEOSINOSTOSIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Hombro: Extensores, Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Isometría, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): valoración inicial y primera sesión
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 24 de agosto de 2021 2:53:51 p. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q750-CRANEOSINOSTOSIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 25 de agosto de 2021 2:54:38 p. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Cuello: Inclinadores, Flexores,, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q750-CRANEOSINOSTOSIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 26 de agosto de 2021 2:56:32 p. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones activas- asistidas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmáticos para mejoría de patrón respiratorio. Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q750-CRANEOSINOSTOSIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 27 de agosto de 2021 3:03:16 p. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q750-CRANEOSINOSTOSIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 28 de agosto de 2021 2:57:35 p. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Extensores, Aductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q750-CRANEOSINOSTOSIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 30 de agosto de 2021 2:58:08 p. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores,, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilidad en MMSS y MMII con cicloergómetro
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente sin alteración en esferas mentales superiores
- Comunicación conservada
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial flexión de hombro derecho 70°, extensión 20°, abducción 50°, rotaciones 10°, flexión de cadera 30°, extensión 5°, flexión de rodillas 40°, extensión -15°. dorsiflexión, plantiflexion, inversión y eversión de 5°
- Se evidencia patrón flexor en miembro superior derecho y miembros inferiores de forma bilateral
- Se evidencian contracturas y deformidades en articulación de muñeca derecha y articulación de pie de forma bilateral
- Se mantiene desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para miembros superiores e inferiores
- Se mantienen retracciones musculares severas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- No se evidencia edema ni inflamación
- continua alteración en equilibrio estático y dinámico
- Mejoro propiocepción viso manual
- Paciente quien hace uso de silla de ruedas para desplazamientos fuera de su hogar

Se recomienda control con médico tratante, seguir realizando los ejercicios en casa y continuar con fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q750-CRANEOSINOSTOSIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FT: Sindy Fernández
RM: 029562

IPS HUMANA - VITAL S A S
en terapias
17 648-1

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Diana Carolina Jimenez **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1070987968

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23/08/24	10:00 Am	Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia - a la valoración inicial se encuentra: Paciente alerta, comunicativa consciente, estable, marcha conservada, movilidad global conservada en miss descalza y mmii, conservadas y dismetriadas en mano derecha, abducción de pie bilateral, paciente quien requiere silla de ruedas y realiza apoyos dentro de su hogar, equilibrio dinámico y estático distal, se moviliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029562
24/08/24	10:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activa asistida en mmss y mmii de forma bilateral, movilización de tono, ejercicios de equilibrio dinámico y estático, descargas de peso se moviliza sin complicaciones FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
25/08/24	10:00 Am	Se realizan estiramientos musculares pasivos, movilización de tono, descargas de peso y aproximaciones articulares, ejercicios de marcha sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
26/08/24	10:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, diagonales de kabat, fortalecimiento muscular con banda elástica, amenaza, movilización de tono, masaje en mmss derecha, se moviliza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
27/08/24	7:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, diagonales de kabat, descargas de peso, movilización de tono, fortalecimiento isométrico con balón, se realiza terapia sedativa con tens en mmss, se moviliza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
28/08/24	7:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii de forma activa asistida, movilización de tono, ejercicios de equilibrio dinámico y estático, ejercicios de marcha y apoyos, se moviliza sin complicaciones FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
30/08/24	7:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, diagonales de kabat, fortalecimiento isométrico con balón y banda elástica, estiramientos musculares en mmii de forma pasiva, se moviliza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562 Paciente continua con silla de ruedas de marcha, persiste no refiere dolor hace uso de silla de ruedas para desplazamientos, realiza apoyos dentro de su hogar. negará movilidad activa en mmii. se evidencia debilidad y contractura en mano derecha y amplitud de pies de forma bilateral. negará equilibrio estático. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1070987968 Fecha de Ingreso: 23/08/22

Apellidos Jimenez muñoz Nombres Diana Carolina

Documento de identidad: Tipo: cc Numero: 1070987968 Sexo: F X M

Fecha de nacimiento: Día: 13 Mes: 02 Año: 1997 Estado civil: Soltera

Municipio: Funza Barrio: Ciudad Jardín Dirección: Cll 24#28-25

teléfono fijo: N.R Móvil: 3210870780 Correo electrónico: N.R

Empresa: N.R Ocupación: N.R

EPS: Sanitas Contributivo: Subsidiado: ✓

Diagnóstico: Craneofaringioma CIE10 D44.5 Nº terapias 7

Acompañante: Olga muñoz Parentesco: Mama Teléfono 3210870780

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Ricaldra

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: Nacimiento

Clínica de atención primaria: Hospital de Funza

Exámenes diagnósticos realizados: Radiografías,

Atención de médicos especialistas: Ortopedista y General

Tratamientos realizados: Cirugía de cráneo

Recomendaciones:

Resumen: mi mamá sufrió de preeclampsia me operaron a los 6 meses de edad abierto II

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO Traumáticos: no

Toxico - alérgicos: NO Quirúrgicos:

Infecciosos: NO Farmacológicos: NO

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:

No refiere Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: Derecho - cervical Edema: — Inflamación: —

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Retracciones Musculares: Moderadas - severas gastrocnemios - isquiotibiales

Atrofias musculares: Generalizada

Tono:

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia _ Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración _

Aditamentos para la marcha: Silla de ruedas, gateo

Esferas mentales superiores: conservada

Nivel de conciencia: Conservada

Memoria: Conservada

Lenguaje: conservada

PRAXIAS	
Constructiva	✓
Marcha	✓
Vestirse	✓
Buco – linguo – facial	✓
Escritura	✓

Movimientos involuntarios patológicos:

GNOSIAS		
Simples	Gustativas	✓
	Visuales	✓
	Olfativas	✓
	Auditivas	✓
Complejas	Visoespaciales	✓
	Esquema corporal	✓

NO lenguaje

Movilidad articular:

MMSS derecho limitado flexión 80°, abducción 60°, rotación 70°, movil de forma lenta.

Coordinación: Alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: Sedente cifo

Otros sistemas: Ocasional uso de pañal

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio neuromotor y osteomuscular en categorías de Rom, desarrollo muscular, movilidad, función motora gruesa la limpieza y ejecución pasiva.

Firma terapeuta: Sindy Bermúdez Registro: 029582

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Digenos si tiene alguna duda o necesita más información. La atenderemos con mucho gusto

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (a usted se le realizara lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☒ Movilidad articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento
- ☒ Estiramientos
- ☐ Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- ☐ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movimiento
- ☒ Incremento en la fuerza
- ☒ Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 30% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar o incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la actitud.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 23/08/22 Hora 10:00am N° de terapias: 7 Diagnostico: cervicalgia

Yo Diana Jimenez con documento de identidad: 1070981968 como (parentesco con el paciente) _____ en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) _____ con documento de identidad (del paciente) _____ Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Diana Jimenez

Firma del paciente

Cc 1070981968

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1073576337 Registro 024612

IPS HUMANA - VITAL S
Especialistas en terap
Nit. 900.217 648 - 1

Fecha 23/08/21 hora 10:00Am N° de terapias 2

Nombre: Diana Carolina Jimenez Cedula: 1070981968

- ✓ **PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES. (Marque con una X)**

	NO	SI		NO	SI
SIDA O VIH	✓		CÓLERA	✓	
HERPES	✓		H1N1	✓	
DIFTERIA	✓		HEPATITIS	✓	
NEUMONÍA	✓		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	✓	
TUBERCULOSIS	✓		CÁNCER	✓	

- ✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo DIANA Jimenez con N° de cedula 1070981968

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis **DERECHOS Y DEBERES** que tengo ante la IPS HUMANA VITAL S.A.S con NIT 900217648-1 Desde el primer día en que acudí a la institución y antes de iniciar el tratamiento.

Diana Jimenez

Firma del paciente o responsable

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 23/08/21

Firma: Diana Jimenez

Nombre: _____

Número de identificación: 1079811968

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: MV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MAYO 2019

AUTORIZACIÓN

Yo Diana Jimenez identificado con cc 1079814688 autoriza a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollen.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Diana Carolina Jiménez IDENTIFICACION 1079814688

FIRMA Diana Jimenez

FECHA: 23/08/19 HORA: 10:00am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ARL

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernandez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Diana Jimenez **IDENTIFICACION** 1070181968

FECHA: 23/08/21 **HORA:** 10:00Am **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Diana Jimenez
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Diana Jimenez
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Diana Jimenez
PLAN CASERO	Diana Jimenez
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Diana Jimenez

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 23/08/24 HORA: 10:00am

NOMBRE DEL PACIENTE: Diana Carolina Jimenez Cédula: 1079879768

DIAGNOSTICO: Cancer cinostasis

DIRECCIÓN: Calle 21 # 26-75

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	✓	
2. Luz	✓	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	✓	
4. Normas de higiene básica	✓	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	✓	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	✓	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	✓	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	✓	
9. Cama en buen estado	✓	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	✓	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	✓	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (índice de delincuencia mínima)	✓	

OBSERVACIONES: _____

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI ✓ NO _____

Si su respuesta es NO describa por qué: _____

Datos del evaluador:

NOMBRE: Sindy Fernandez Cedula: 1093576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Diana Jimenez Cedula: 1079879768

Parentesco del paciente: _____ Firma: _____

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	0
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0 SI Puntaje 15	0
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermeria • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	0
Via Venosa	NO Puntaje 0 SI Puntaje 20	0.
Marcha: • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia	Puntaje 0 Puntaje 10 Puntaje 20	20
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	20